

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT NÃO DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO 31 BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG 2006-2007

Nguyễn Văn Sách\*, Lê Tấn Năm, Lê Kiên Mẫu,  
Nguyễn Xuân Văn, Nguyễn Minh Tâm, Trương Thị Thuý Lan.

\*Tiến sĩ y học, giám đốc bệnh viện đa khoa An giang.

## TÓM TẮT:

Với phương pháp nghiên cứu tiền cứu, mở, không đối chứng, bệnh viện đa khoa An giang đã thực hiện phương pháp điều trị “kết hợp phẫu thuật và hồi sức nội khoa” cho 31 trường hợp xuất huyết não do tai biến mạch máu não, trong 2 năm 2006-2007.

**Chọn mẫu** : bệnh nhân  $\leq 70$  tuổi; điểm hôn mê Glasgow từ 6 điểm đến 12 điểm; khối lượng xuất huyết não  $> 30$  ml; cấu trúc đường giữa lệch  $> 5$  mm. Loại trừ xuất huyết não do u não, dị dạng mạch máu não.

**Kết quả**: Nam:20; Nữ:11; THA: 26(84%); Tuổi trung bình : $51 \pm 11$ ; Tử vong sau ra viện 6 tháng : 9 (29%).

### Kết luận:

Can thiệp phẫu thuật xuất huyết não có vai trò quan trọng trong điều trị XHN do tai biến mạch máu não. Chỉ định phẫu thuật dựa vào hội chứng chèn ép não và toàn trạng bệnh nhân và ý chí của gia đình.

## ABSTRACT

An open, prospective, non-control study of 31 cerebral hemorrhagic stroke patients who were in surgery treatment in An Giang general hospital, 2006-2007.

**The patients** :Glasgow coma scale from 6 to 12 ; volume of hematoma  $> 30$  ml; midline shift  $> 5$  mm; age  $\leq 70$  years; none of vascular malformations; none of brain tumors.

**Results**: Men: 20; Women:11; Average age:  $51 \pm 11$ ; Hypertension :26 (84%); Died after 6 months of leaving hospital : 9 (29%).

**Conclusion**: Surgery treatment has an important role in cerebral hemorrhagic stroke. The indication of surgery treatment depends on mass effect syndrome and total state of patients and the will of the relations

## ĐẶT VẤN ĐỀ:

Tai biến mạch máu não (cerebrovascular accident), ngày nay các y văn trên thế giới ưa chuộng gọi tên **đột quy não** (cerebral stroke), là một hội chứng lâm sàng được đặc trưng bởi sự mất chức năng não cục bộ, cấp tính, kéo dài hơn 24 giờ hoặc có thể dẫn đến tử vong sớm [1] [2] [3].

Hai thể chính của tai biến mạch máu não (TBMMN) là: 1). Nhồi máu não hay đột quy nhồi máu não (cerebral infarction stroke) ; 2). Xuất huyết não hay đột quy não xuất huyết (cerebral hemorrhagic stroke), được đánh mã số từ I.61.0 đến I.61.8 theo ICD. 10.

Tử vong do TBMMN đứng hàng thứ 2, thứ 3 trên các loại bệnh tật, sau bệnh ung thư và bệnh mạch vành. Số bệnh nhân ngày càng nhiều thêm. Hậu quả của bệnh rất nặng nề, việc điều trị khó khăn, chi phí rất lớn mà kết quả điều trị chưa thật sự làm hài lòng con người. Nguyên nhân gây bệnh đứng hàng đầu là do tăng huyết áp (THA).

Theo các thống kê, Hoa kỳ là nước có tỷ lệ mắc bệnh rất cao, 1.250/100.000 (John-Gilroy- 1992) và hằng năm có khoảng 730.000 mới mắc và tái phát, Pháp có 145/100.000 dân, Việt nam có 152/100.000. Tỉnh An giang chưa có số liệu thống kê về bệnh này.

Về vấn đề điều trị, việc điều trị loại nhồi máu não là điều trị nội khoa không có gì bàn luận, nhưng đối với loại xuất huyết não (XHN), có hai trường phái hoặc là can thiệp ngoại khoa hoặc điều trị nội khoa kinh điển. Cho đến nay sự khác biệt lợi ích của can thiệp ngoại khoa và điều trị nội khoa chưa có bằng chứng có

ý nghĩa thống kê. Medelow trình bày một kết quả phân tích của 1033 bệnh nhân TBMMN não ở 83 trung tâm của 27 quốc gia . Trong 503 bệnh nhân bị XHN và được phẫu thuật, theo dõi sau ra viện 6 tháng, kết quả tốt 38,3% và xấu 61,7%[13] [14] [15] [16] [17] .Các tác giả Nguyễn quang Bài, Võ văn Nho, Lê điền Nhi phẫu thuật XHN có tỷ lệ tử vong lần lượt là 3%,5,5%,14,2%.Những tác giả trường phái can thiệp phẫu thuật đều nhận định việc can thiệp phẫu thuật XHN có vai trò quan trọng trong tiên trình điều trị loại bệnh này. [5] [7] [8] [9]

Bệnh viện An giang hiện nay đã được trang bị các phương tiện chẩn đoán và điều trị hiện đại, trình độ chuyên môn của các chuyên khoa Chăm sóc tích cực, Gây mê hồi sức, Ngoại khoa thần kinh được nâng cao, như vậy việc can thiệp phẫu thuật XHN của bệnh viện An giang có đạt được kết quả tốt không? Chỉ định can thiệp phẫu thuật cho những trường hợp nào? Đây là mục đích của đề tài này.

### **BỆNH NHÂN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

Bệnh nhân: mẫu nghiên cứu chọn những bệnh nhân bị XHN do TBMMN , do THA ;có tuổi =<70 ; có điểm hôn mê GCS từ 6 đến 12 điểm; khối lượng xuất huyết não > 30 ml; di lệch đường giữa>5 mm.Loại trừ bệnh nhân bị u não, vỡ dị dạng mạch não, chấn thương sọ não, bệnh nhân có bệnh mạn tính nặng kèm theo.

Phương pháp nghiên cứu : Nghiên cứu mở, không đối chứng.

Phương pháp phẫu thuật: mở sọ hở kinh điển giải áp, lấy máu tụ ,vá chèn màng cứng, không đặt lại nắp sọ.Chụp CT scanner kiểm tra, nếu có chèn ép, phẫu thuật lần 2.Sau mổ , bệnh nhân được tiếp tục cho ngủ sâu với Thiopental và thở máy từ 2 đến 4 ngày, sau đó được tiếp tục điều trị tại khoa chăm sóc đặc biệt (ICU)

Thu nhận số liệu:ghi nhận về tuổi, giới tính,bệnh tăng huyết áp, điểm hôn mê GCS, khối lượng máu tụ, di lệch đường giữa, vị trí khối máu tụ,số ngày nằm viện, tình trạng bệnh nhân 6 tháng sau khi ra viện (chết- sống).

Xử lý số liệu: Áp dụng phần mềm thống kê SPSS 12.0, dùng phép kiểm T cho biến các biến liên tục, có phân phối chuẩn và Wilcoxon test cho phân phối không chuẩn.Dùng phép kiểm Chi-bình phương cho các biến phân loại và so sánh tỷ lệ.Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khác nhau với  $p < 0,05$ , khoảng tin cậy 95%.

### **KẾT QUẢ:**

Bảng 1: kết quả các bệnh nhân 6 tháng sau ra viện

N = 31			
Giới tính:	Nam :	20	(64,5%)
	Nữ :	11	(35,5%)
Tuổi trung bình:		51 ± 11	
<b>Tăng huyết áp :</b>		<b>26</b>	<b>(84% )</b>
Hôn mê GCS:	- <=8 :	17	(57.7%)
	- > 8 :	14	(43.7%)
Khối lượng máu tụ trung bình (ml):		64,8 ± 22.2	
Vị trí máu tụ:	- Thái dương :	25	(80%)
	- Đỉnh :	3	(10%)
	- Hố sau :	3	(10%)
Thời gian đột quy đến mổ :	- < 12 giờ:	4	(13%)
	- >12 giờ :	27	(87%)
Ngày nằm viện trung bình (ngày):		12 ± 7	
<b>Bệnh nhân sau ra viện 6 tháng:</b>	- <b>Sống :</b>	<b>22</b>	<b>(71%)</b>
	- <b>Tử vong:</b>	<b>9</b>	<b>(29%)</b>

Có 31 bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật và được theo dõi đến 6 tháng sau ra viện, có những đặc điểm được trình bày trong bảng 1.

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

yếu tố liên quan	sống	chết	p
Tuổi	52±10	51±	>0.05
GCS (coma)	9±2	8±1	>0.05
Khối lượng máu tụ	62±22	72±22	>0.05
Di lệch đường giữa	8±3	8±4	>0.05
Ngày nằm viện	14±6	9±9	>0.05

### BÀN LUẬN:

Về đặc điểm bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi gồm các đặc điểm như: Giới tính nam gấp đôi nữ (2:1); Tuổi trung bình con trẻ; Tăng huyết áp chiếm đa số 84% phù hợp với đa số các tác giả khác; Đa số hôn mê sâu và được phẫu thuật sau 12 giờ khởi bệnh. Vị trí XHN vùng thái dương nhiều nhất; Lượng máu tụ trung bình nhiều. Nguyên nhân tăng huyết áp, hôn mê sâu, vị trí XHN trong nghiên cứu này cung tương tự các tác giả khác.

So sánh các yếu tố liên hệ đến kết quả điều trị giữa 2 nhóm kết quả tử vong và còn sống (bảng 2), bao gồm độ tuổi, giới tính, thời gian từ khi đột quỵ đến khi được phẫu thuật, khối lượng xuất huyết não trung bình, mức độ hôn mê, không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Một số tỷ lệ tử vong của các tác giả khác ở bảng 3.

Bảng 3: tỷ lệ tử vong sau mổ của một số tác giả.

Kết quả	BV AG N=31	Võ Văn Nho N=36	Lê Điền Nhi N=14	Nguyễn Q Bài N=65	Zuccarello N=9	Morganstern N=34
tử vong	9 (29%)	2 (5,5%)	2 (14,2%)	2 (3%)	2 (22%)	7 (19%)
sống	22 (71%)	34 (94,5%)	12 (85,8)	63 (97%)	7 (78%)	27 (81%)

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu này 29%, so sánh với kết quả điều trị nội khoa của Khoa chăm sóc đặc biệt (ICU), bệnh viện đa khoa An Giang trong 2 năm 2006-2007, kết quả tử vong 61,3%, và tác giả Medelow kết quả sau mổ XNH có 61,7% là xấu, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $\chi^2 = 12.3$ ,  $p < 0.001$ ). Như vậy kết quả can thiệp phẫu thuật điều trị XHN trong nghiên cứu này có tỷ lệ tử vong chấp nhận được. [2] [4] [13] [17]

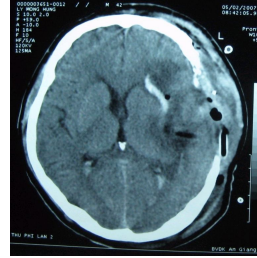
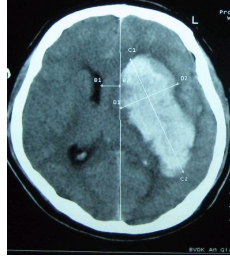
### KẾT LUẬN:

Qua kết quả nghiên cứu này chúng tôi thấy can thiệp phẫu thuật xuất huyết não do tai biến mạch máu não có vai trò rất quan trọng và tích cực và làm giảm tỷ lệ tử vong trong loại bệnh này. Về chỉ định phẫu thuật, căn cứ vào tình trạng cụ thể của từng bệnh nhân, cũng như hoàn cảnh kinh tế của gia đình.

### KIẾN NGHỊ:

Đa số bệnh nhân bị TBMMN nhập viện trễ. Chúng tôi đề nghị người dân được hiểu biết về loại bệnh này nhiều hơn nữa. Các tuyến y tế cơ sở phải biết sơ cấp cứu loại bệnh này đúng phác đồ của bệnh và nhanh chóng chuyển bệnh nhân về tuyến có khả năng điều trị thực thụ một cách an toàn.

### Ảnh tham khảo



Lý mông Hùng 42t trước-sau mổ

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đột quy não, NXB Y học, 2003.
2. Lê văn Thành, Bệnh học thần kinh, NXB y học thành phố Hồ chí minh, 1990.
3. Nguyễn văn Đăng, Tai biến mạch máu não, NXB y học, 2003.
4. Nguyễn văn Thông, Đột quy não, NXB y học, 2005.
5. Trương văn Việt, chuyên đề ngoại thần kinh, NXB y học, 2002.
6. Hướng dẫn thực hành cấp cứu ngoại thần kinh, tài liệu lưu hành nội bộ bệnh viện Chợ Rẫy, 1998.
7. Lê điện Nhi, Kết quả ban đầu điều trị máu tụ trong não do tai biến mạch máu não bằng phẫu thuật khoan sọ và chọc hút với dụng cụ cải tiến theo mẫu kim Backlund, Thời sự Y dược học, 4,2000.
8. Nguyễn quang Bài, Nhận xét kết quả điều trị máu tụ trong não do tai biến mạch máu não (cao huyết áp và dị dạng mạch não) bằng chọc hút lấy máu tụ, Mục lục 1, Tạp chí y học thực hành, 2001.
9. Võ văn Nho, Trương Đà, Vai trò ngoại khoa trong điều trị đột quy ở người lớn tuổi, Hội thảo khoa học xử trí tai biến mạch máu não lần thứ I, Bệnh viện Chợ Rẫy, 12/10/2004.
10. Vũ anh Nhi, Cập nhật cơ chế bệnh sinh và điều trị Đột quy, Hội thảo khoa học xử trí tai biến mạch máu não lần thứ I, BVCR, 12/10/2004.
11. Bệnh học ngoại thần kinh, tập I, Trường Đại Học Y Dược thành phố Hồ chí Minh, 1997.
12. Lê minh Đại, Một số chuyên đề về gây mê hồi sức trong Chấn thương sọ não và Tai biến mạch máu não, Trung tâm bồi dưỡng cán bộ y tế tp Hồ chí Minh.
13. Ramez W. Kirollos, M.D., Atul K. Tyagi, F.R.C.S.(CN), Stuart A. Ross, M.Ch., Philip T. van Hille, F.R.C.S., Paul V. Mark, M.D, Management of spontanouse cerebellar hematomas, Neurosurgery, vol.49, No.6, December 2001.
14. Morgenstern LB, Frankowski RF, Shedden P, et al: Surgical treatment for intracerebral hemorrhage (STICH): a single-center, randomized clinical trial. Neurology 51:1359–1363, 1998.
15. Zuccarello, Mario MD; Brott, Thomas MD; Derex, Laurent, Early Surgical Treatment for Supratentorial Intracerebral Hemorrhage: A Randomized Feasibility Study, Stroke. Volume 30(9), September 1999, pp 1833-1839
16. Kanaya H, Kuroda K: Development in neurosurgical approaches to hypertensive intracerebral hemorrhage in Japan, in Kaufman HH (ed): Intracerebral Hematomas. New York: Raven Press, 1992, pp 197–210
17. H. M. Fernandes, FRCS; B. Gregson, PhD; S. Siddique, FRCS A. D. Mendelow, PhD Surgery in Intracerebral Hemorrhage, Stroke. 2000;31:2511.

18. Graeme J. Hankey, MBBS, MD, FRCP, FRCP (Edin), FRACP Evacuation of Intracerebral Hematoma Is Likely to Be Beneficial—Against ,Stroke. 2003;34:1568.
19. Broderick JP, Brott T, Tomsick T, Tew J, Duldner J, Huster G. Management of intracerebral hemorrhage in a large metropolitan population. *Neurosurgery*. 1994; 34: 882–887.
20. McKissock W, Richardson A, Taylor J. Primary intracerebral haemorrhage: a controlled trial of surgical and conservative treatment in 180 unselected cases. *Lancet*. 1961; ii: 221–226.
21. Juvela S, Heiskanen O, Poranen A, Valtonen S, Kuurne T, Kaste M, Troupp H. The treatment of spontaneous intracerebral hemorrhage: a prospective randomized trial of surgical and conservative treatment. *J Neurosurg*. 1989; 70: 755–758.
22. Matthew E. Fewel, M.D., B. Gregory Thompson, Jr., M.D., Julian T. Hoff, M.D. Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Review. *Neurosurg Focus* 15(4), 2003
23. *Handbook of Neurosurgery*, 5 th, Thieme, 2001

